

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION**  
**à la PRATIQUE DE LA DANSE**

Je soussigné (e) Docteur

.....

certifie avoir consulté ce jour

M. ....

Son état de santé ne présente aucune contre indication à la pratique  
de la Danse .

Fait à .....

Le .....

Signature .....